



MUNICÍPIO DA FIGUEIRA DA FOZ

Exmo. Senhor Presidente
da Câmara Municipal da Figueira da Foz

Registo N.º:

Data ____ - ____ - ____

Registado por: _____

Motivo do pedido:

Novo

Renovação

REQUERIMENTO PARA ADESÃO AO PROGRAMA MUNICIPAL "FIGUEIRA + SAÚDE"

1. IDENTIFICAÇÃO DO PROPONENTE (pessoa que assina o Requerimento de Adesão / Contrato e se responsabiliza pelo pagamento do serviço)

NOME: _____

MORADA: _____

FREGUESIA: _____ C. POSTAL: _____ - _____

D. NASCIMENTO: ____ - ____ - ____ C.C. / B.I.: _____ NIF: _____

CONTACTO TELEFONICO: _____

E-MAIL: _____

Para efeitos do presente pedido, autorizo a notificação via correio eletrónico

2. IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE (pessoa que usufrui do serviço - preencher quando for diferente do Proponente)

NOME COMPLETO: _____

MORADA: _____

FREGUESIA: _____ C. POSTAL: _____ - _____

D. NASCIMENTO: ____ - ____ - ____ C.C. / B.I.: _____ NIF: _____

CONTACTO TELEFONICO: _____

E-MAIL: _____

3. REQUISITOS

Idade igual ou superior a 66 anos Sim Não

Residência permanente no concelho da Figueira da Foz há um ano ou mais Sim Não

Possuir:

Telefone da rede fixa Sim Não Tablet/computador com acesso à Internet Sim Não

Telemóvel Sim Não Telemóvel com acesso à Internet Sim Não

4. DOCUMENTOS OBRIGATORIOS APRESENTAR

- Fotocópia(s) de Bilhete de identidade/Cartão de Cidadão ou Assento de Nascimento (apenas em candidaturas on-line).
- Comprovativo de morada fiscal obtido através do Portal das Finanças ou junto do Serviço de Finanças da sua área de residência.
- Fotocópia(s) da Declaração e da Nota de Liquidação de Imposto sobre o Rendimento das Pessoas Singulares (IRS), ou Certidão emitida pela Autoridade Tributária caso esteja dispensado/a;*
- Fotocópia(s) da(s) declarações anuais das pensões auferidas (velhice, invalidez, sobrevivência, pensões provenientes do estrangeiro) do ano em que se candidata, de todos os membros do agregado familiar que delas usufruam, emitidas pelo Instituto da Segurança Social, IP;*
- Outros documentos idóneos considerados relevantes para a avaliação da candidatura.*

* Apenas para os requerentes de redução ou isenção do custo associado ao serviço.

A não apresentação dos documentos acima indicados, por causa atribuível ao requerente, implica a não admissão da respetiva candidatura.

5. PEDIDO DE REDUÇÃO/ISENÇÃO

Tendo por base, o artigo 6.º do Projeto de Regulamento Municipal "Figueira + Saúde" as pessoas singulares em situação de insuficiência económica podem beneficiar de isenção total ou parcial do pagamento das taxas aplicáveis à prestação deste serviço, nos seguintes termos:

a) **Isenção total a pessoas singulares** - cujo rendimento ilíquido declarado per capita seja igual ou inferior a 50% do valor do Indexante dos Apoios Sociais (IAS), definido nos termos da Lei n.º 53-B/2006, de 29 de dezembro, em vigor no ano civil a que respeita.

b) **Isenção parcial a pessoas singulares** - Equivalente a 50% do valor da taxa fixada, a pessoas singulares cujo rendimento ilíquido declarado per capita seja superior a 50%, mas inferior ou igual a 100% do Indexante dos Apoios Sociais (IAS), definido nos termos da Lei n.º 53-B/2006, de 29 de dezembro, em vigor no ano civil a que respeita.

Requer Redução/Isenção de Taxas? Sim Não

6. FORMAS DE PAGAMENTO

Pagamento através de referência multibanco a disponibilizar pelo Município da Figueira da Foz

Pagamento presencial

7. INFORMAÇÕES ADICIONAIS

1. Os dados pessoais recolhidos neste pedido são necessários, única e exclusivamente, para dar cumprimento ao disposto no artigo 102.º do Código do Procedimento Administrativo (CPA), no artigo 17.º do Decreto-Lei n.º 135/99, de 22 de abril e/ou ao previsto na legislação específica aplicável ao pedido formulado.

2. O tratamento dos dados referidos no ponto 1 por parte do Município da Figueira da Foz respeitará a legislação em vigor em matéria de proteção de dados pessoais e será realizado com base nas seguintes condições:

Responsável pelo tratamento - Município da Figueira da Foz.

Finalidade do tratamento - Cumprimento de uma obrigação jurídica (CPA e/ou de legislação específica aplicável ao pedido formulado) ou necessário ao exercício de funções de interesse público.

Destinatário(s) dos dados - Serviço municipal com competência para analisar ou intervir no pedido, de acordo com a orgânica municipal em vigor.

Conservação dos dados pessoais - Prazo definido na legislação aplicável ao pedido.

3. Para mais informações sobre as práticas de privacidade do Município da Figueira da Foz consulte o nosso site em www.cm-figfoz.pt ou envie um e-mail para municipe@cm-figfoz.pt.

4. Os documentos apresentados no âmbito do presente pedido são documentos administrativos, pelo que o acesso aos mesmos se fará em respeito pelo regime de acesso à informação administrativa e ambiental e reutilização dos documentos administrativos (Lei n.º 26/2016, de 22 de agosto).

8. AUTORIZAÇÕES, DECLARAÇÕES, DATA E ASSINATURAS

Autorizo o Município da Figueira da Foz (MFF), ou entidade delegada, a proceder ao tratamento informático dos dados fornecidos e ao seu cruzamento para fins estatísticos, tendo o direito a pedir a sua atualização e retificação ao MFF. Autorizo também a transmissão dos dados fornecidos à empresa adjudicatária contratada pelo MFF para prestação de serviços contemplados no art. 14.º do Projeto de Regulamento Municipal "Figueira + Saúde", para efeitos de utilização e prestação desses mesmos serviços.

Autorizo Não autorizo

Autorizo que os dados pessoais constantes deste formulário sejam tratados para efeitos de divulgação de serviços/programas municipais.

Autorizo Não autorizo

Ao aderir ao Programa "Figueira + Saúde", autorizo a eventual gravação de chamadas telefónicas ou vídeo-chamadas.

Autorizo Não autorizo

Autorizo o Município da Figueira da Foz a efetuar as averiguações que considerar necessárias, junto de outros serviços, para efeito de confirmação das informações

Autorizo Não autorizo

Tomo conhecimento de que a prova da situação familiar, do agregado residente, deverá ser efetuada anualmente, nos 30 dias que antecedem o termo do prazo, ou sempre que se verifiquem alterações nos rendimentos ou composição do agregado familiar, sob pena de cessar o benefício concedido. Sempre que se verifique a atualização dos rendimentos, os serviços podem, anualmente, proceder à análise do processo, solicitando a documentação necessária, a qual me comprometo a disponibilizar.

Tomo, por último, conhecimento de que as falsas declarações ou omissões implicam a imediata cessação do serviço atribuído, sem prejuízo de eventual responsabilidade civil

(Data)

(Assinatura do Proponente)

(Assinatura do Utente)

A PREENCHER PELO SERVIÇO RECETOR (candidatura presencial)

Nome _____ Categoria _____ Data ____ - ____ - ____

Verifiquei que as informações constantes no presente Requerimento estão em conformidade com os documentos necessários exibidos.

NOTAS / OBSERVAÇÕES